LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Pharmacologie : Sur le benzoate de bismuth, par M. Pierre Vigier 417. — **Revue de la presse** : De l'application de l'europhène dans les maladies cutanées et vénériennes, 418. — **Académie des sciences** : *Séance du 28 juin* 1897. Présidence de M. Chatin. — Destruction des matières organiques en toxicologie, 419. — Sur quelques localisations de la morphine dans l'organisme, 419. — **Académie de médecine** : *Séance du 29 juin*. Présidence de M. Caventou. — Vaccinations antirabiques et paraplégie, 420. — Organisation de la fibrine dans les plaies expérimentales du foie, 420. — De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophthalmique, 420. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 25 juin* 1897. Présidence de M. Debove. — Virulence du bacille de Loeffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphtérie, 422. — Syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique chez les diabétiques lévulosuriques, 423. — Sur l'application du bleu de méthylène au diagnostic de la perméabilité rénale, 423. — Deux cents cas de séro-diagnostic, 423. — Application de la méthode Röntgen au diagnostic des affections thoraciques et en particulier au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire, 424. — Purpura cachectique, 424. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 26 juin* 1897. Présidence de M. Ladreit de Lacharrière. — **Société de chirurgie** : *Séance du 30 juin* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Un cas d'entéropexie, 430. — Traitement des fractures de la rotule, 430. — Mastopexie, 430. — Traitement du cancer du rectum, 430. — Cancer du rectum opéré, 430. — Ecrasement du bras. Conservation du membre. Guérison avec pseudarthrose. Suture osseuse des fragments avivés sans succès. Nouvelle suture osseuse et greffe de périoste de chien. Enchevillement par deux chevilles d'ivoire. Guérison et consolidation définitive, 430. — Fracture de rotule. Suture par M. Lucas-Championnière. Résultat tardif datant de six ans, 430. — Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Perforation de l'intestin grêle à 12 cent. du duodénum sans symptômes. Epanchement de bile et matières fécales. Laparotomie. Suture intestinale. Lavage du péritoine, 430. — Appareil à stériliser les sondes, 430. — **Société des médecins inspecteurs des Ecoles** : *Séance du 19 mai* 1897. Présidence de M. Gourichon. — Fermeture des écoles, 430. — **Nouvelles**, 431. — **Bulletin bibliographique**, 432.

PHARMACOLOGIE

Sur le benzoate de bismuth (1)

Par M. Pierre Vigier.

Avant l'apparition du supplément du Codex de 1895, il m'était souvent arrivé de constater des effets variables dans l'emploi du salicylate de bismuth, et j'en accusais la différence de composition des salicylates du commerce. Le bismuth étant bibasique, comme la quinine, et pouvant former deux espèces de sels, il était permis de supposer qu'à défaut de toute réglementation, ces produits de l'industrie pouvaient quelquefois manquer d'uniformité.

En effet, en analysant, à diverses reprises les salicylates de bismuth livrés aux pharmaciens, j'ai trouvé que leur richesse en acide salicylique variait de 15 à 40 0/0, c'est-à-dire que les uns se rapprochaient du salicylate acide, — appelé neutre en chimie — et les autres du salicylate basique, suivant leur mode de préparation.

Connaissant le peu d'affinité qu'a l'acide salicylique pour le bismuth, je compris que les brûlures d'estomac mentionnées provenaient de la mise en liberté de cet acide si caustique.

Comment se fait-il qu'on n'ait jamais soupçonné l'existence de plusieurs salicylates de bismuth dans l'industrie ? Pourtant Jaillet avait publié en 1883 dans le *Bulletin de thérapeutique* un important travail sur ce sujet. Il en avait été de même de Wolf en 1884, Ragoucy en 1885 et Garnaud en 1891.

Tous ces chimistes s'étaient évertués, sans grand succès, à établir des formules chimiques pour les deux salicylates de bismuth. Malgré cela, les deux sels pouvaient se préparer, quoique peu fixes dans leur combinaison, et se vendaient sous le nom unique de salicylate de bismuth, l'un contenant presque la moitié plus d'acide que l'autre.

En prescrivant du salicylate de bismuth, comme on prescrit du salicylate de soude, on était à la merci du hasard ; car personne ne s'inquiétait de la composition des produits livrés par le commerce.

C'est pour remédier à cet état de choses que la Commission du Codex, dont j'avais l'honneur de faire partie, inscrivit la préparation du salicylate basique de bismuth.

Aussi, depuis deux ans, quand on prescrit le salicylate de bismuth, c'est toujours le sel basique qui est livré. Si nous avons choisi celui-là, c'est qu'il contient à peine le quart de son poids d'acide salicylique, et qu'il est plus stable. Quand ce sel arrive dans l'estomac, l'acide chlorhydrique doit le décomposer en partie, puis l'acide sulfhydrique et le sulfhydrate d'ammoniaque doivent le transformer dans l'intestin en sulfure noir de bismuth insoluble, et en acide salicylique qui passe dans les urines.

C'est en réfléchissant à toutes ces réactions, qu'au mois de mai 1894 j'ai eu l'idée de proposer à la Société de thérapeutique de remplacer le salicylate de bismuth par le benzoate, qui, bien que de même aspect, lui est en tous point supérieur.

J'ai même donné, dans cette séance, un nouveau

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 22 juin 1897.

procédé de préparation de ce corps, et démontré qu'il ne fallait employer que le benzoate basique.

La Commission du Codex s'est rendue à mes raisons et a bien voulu insérer la préparation de ce dernier sel, sur le modèle de celle du salicylate.

Depuis cette époque, c'est toujours la salicylate de bismuth qui est en vogue; et je viens aujourd'hui démontrer qu'elle n'est pas justifiée; ou, tout au moins, que les propriétés de ce sel sont bien inférieures à celles du benzoate.

Les proportions d'acide étant à peu près les mêmes dans les deux sels, environ 25 p. 100, comparons donc l'acide salicylique à l'acide benzoïque.

L'acide salicylique est soluble dans 413 parties d'eau, l'acide benzoïque dans 200;

Il est très caustique, l'autre ne l'est pas;

Il congestionne les reins et peut devenir toxique à la dose de 2 grammes chez les albuminuriques. (Brouardel).

Au contraire, l'acide benzoïque passe facilement dans les urines à l'état d'acide hippurique; le benzoate de soude est autrement inoffensif que le salicylate de soude. 1 gramme d'acide salicylique ne stérilise que 60 c. c. de bouillon très nutritif tandis qu'un gramme d'acide benzoïque en stérilise 410 c. c. c'est-à-dire près de 7 fois plus. (J. de Lacroix).

Il me parait donc évident que l'acide benzoïque, qui est 2 fois plus soluble et 7 fois plus antiseptique que l'acide salicylique, qui s'élimine avec la plus grande facilité, et n'est point caustique, doit faire préférer, en médecine, le benzoate de bismuth au salicylate.

Cependant, quelle que soit, *à priori*, notre opinion, le dernier mot appartient à la clinique.

C'est à elle à le prononcer.

J'ajoute en terminant, que le prix de revient des deux produits est le même, ce qui a bien son importance.

REVUE DE LA PRESSE

De l'application de l'europhène dans les maladies cutanées et vénériennes, par H. Fournier. — L'iodol, l'aristol... ont été souvent employés à la place de l'iodoforme; mais ces corps, quoique possédant une action faiblement antiseptique et cicatrisante, ne dégagent pas de l'iode à l'état naissant au contact des liquides de l'organisme autant que l'iodoforme. Malheureusement, ce dernier présente les inconvénients d'être toxique à certaines doses et pour certains malades et surtout d'avoir une odeur particulière et révélatrice. Il est vrai qu'on a cherché à atténuer cette mauvaise odeur en mélangeant l'iodoforme à différents corps, mais, au bout de quelque temps, l'odeur reparaît. L'iodoforme est toxique, avons-nous dit, à certaines doses et pour certains malades; il l'est sûrement lorsqu'on l'applique en grandes quantités sur de larges plaies. Appliqué sur la peau saine ou atteinte d'ulcérations, sur les muqueuses intactes ou non, il peut déterminer des accidents, rares il est vrai. M. H. Fournier a observé un cas très grave d'intoxication par l'application d'un topique vaginal iodoformé contenant une quantité faible de ce produit.

Pour toutes ces raisons et à cause de la mauvaise odeur surtout, on a cherché à remplacer l'iodoforme, en ville surtout, par un corps doué des mêmes propriétés sans en avoir les inconvénients. Ce corps est l'europhène qui n'a qu'une odeur légère ressemblant quelque peu au safran. L'europhène est un iodure d'isobutylorthocrésol résultant de l'action d'une solution d'iode et d'iodure de potassium sur une solution aqueuse d'isobutylorthocrésol. Il a l'aspect d'une poudre très fine, onctueuse, jaunâtre, insoluble dans l'eau et dans la glycérine, assez soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, très soluble dans les huiles fixes. A l'état sec, il est très fixe. En présence de l'eau et à une température de 70° environ, il met de l'iode en liberté. A la température ordinaire, le même phénomène se produit, mais à un degré plus faible, lorsque l'europhène est exposé à l'humidité. En présence d'un alcali, l'iode est mis en liberté d'une façon beaucoup plus intense et c'est ainsi que les choses se passent quand l'europhène est mis en contact avec le produit de sécrétion d'une surface ulcérée. Cet iode est en partie absorbé; la quantité d'iode qui passe dans l'urine est faible et ne dépasse pas 4 p. 100 environ.

L'europhène n'est pas toxique ou l'est très peu; il n'existe que deux seuls cas cités par Traka et R. U. Taylor d'érythème diffus léger consécutif à une large application d'europhène. Dans un cas de gommes multiples tuberculeuses de la région cervicale gauche, gommes non ulcérées, M. de Molènes a pratiqué cinq injections d'éther saturé d'europhène; celles-ci se sont effacées et ont disparu sans laisser aucune cicatrice.

L'europhène, qui n'a aucune action sur les dermatoses sèches, donne de bons résultats dans les ulcères, les gommes suppurées, l'impétigo, l'eczéma humide, les brûlures, les engelures, le lupus, la lèpre, les affections pemphigoïdes, les ulcérations vénériennes des organes génitaux. Pour les ulcères variqueux, on emploie soit la poudre, soit la pommade à 3 ou 5 p. 100, qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures.

L'europhène donne encore de bons résultats dans le pansement de plaques muqueuses cutanées chez des malades malpropres, dans les cas d'intertrigo compliqué d'excoriations superficielles, de plaies fissuraires des espaces interdigitaux des orteils. (Poudre d'europtème mélangée à la poudre de talc ou d'oxyde de zinc à parties égales).

Dans les engelures ulcérées, on emploie l'huile europhénée à 6 p. 100. L'europhène peut être utile dans le lupus, mais à la condition qu'il soit ulcéré; dans l'eczéma chronique avec infiltration du derme; dans la bala-

uite (europhène et poudre inerte, ââ), dans les érosions et les ulcérations de la portion vaginale du col d'origine blennorrhagique.

C'est dans le chancre mou, dans celui à forme phagédénique surtout, que l'europhène donne les meilleurs résultats. Cependant il échoue quelquefois ; mais en tout cas il est supérieur à l'iodol. La guérison du chancre s'obtient dans un intervalle de neuf à treize jours. Mélangé à l'acide toxique ou dilué, on peut l'employer pur, dès que la sécrétion du chancre est moins abondante. Dans les ulcérations syphilitiques tertiaires l'europhène fait merveille, lorsque le traitement spécifique ne paraît avoir aucune prise sur elles. (*Journal les maladies cutanées et syphilitiques*, avril 1897).

Dr B.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 juin 1897. — Présidence de M. Chatin.

Destruction des matières organiques en toxicologie. — M. A. Villiers. On peut fonder sur l'emploi des sels de manganèse comme ferment minéral un procédé très commode pour la destruction des matières organiques dans les recherches de toxicologie.

Dans un ballon dont le bouchon est traversé par un tube à entonnoir, qui se prolonge jusque près du fond, et par un tube aboutissant dans un vase contenant de l'eau, on introduit les matières avec de l'acide chlorhydrique pur étendu de deux ou trois volumes d'eau. Dans certains cas, on peut faire usage d'acide chlorhydrique moins étendu, mais cette concentration suffit généralement. On ajoute par le tube à entonnoir quelques gouttes d'une dissolution d'un sel de manganèse et un peu d'acide azotique que l'on remplace ensuite par petites portions à mesure qu'il est détruit par l'oxydation des matières. On chauffe le mélange à une température modérée que l'on règle d'après la vitesse du dégagement gazeux. Il est bon de mettre dans le ballon quelques débris de charbon de cornue.

Les gaz produits sont constitués par de l'acide carbonique et de l'azote presque purs, et l'opération se poursuit ainsi d'une façon régulière et sans dégagement de produits odorants.

Les résultats auxquels on arrive sont à peu près de même ordre que ceux obtenus par le procédé au chlorate de potasse et à l'acide chlorhydrique, mais l'opération est plus facile à conduire.

Les organes, tels que le foie, la rate, les poumons, sont dissous en quelques minutes. Les fibres musculaires sont d'abord désagrégées, puis dissoutes au bout d'une heure environ. Il ne reste qu'un résidu graisseux qui résiste à l'action oxydante du mélange et paraît contenir des produits de substitution.

On termine l'opération comme dans le procédé au chlorate.

Sur quelques localisations de la morphine dans l'organisme. — MM. A. Antheaume et A. Mouneyrat. Le petit nombre d'observations relatives à la question de la localisation de la morphine dans l'organisme des malades soumis à ce médicament et les résultats contradictoires des divers auteurs nous ont engagés à étudier de près le cas suivant, que nous avons pu observer à l'asile Sainte-Anne, dans des conditions particulièrement favorables à cette recherche.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, atteint depuis huit ans de morphinisme thérapeutique. Quatre ans après le début de l'intoxication, ce malade était arrivé progressivement à prendre chaque jour, en injections sous-cutanées, la dose considérable de *quatre* grammes de morphine et de *trois* grammes de cocaïne.

A son entrée à l'asile, il avait renoncé totalement, depuis deux ans, à l'usage de la cocaïne, mais il prenait encore quotidiennement deux grammes de morphine et présentait les symptômes habituels du morphinisme chronique.

La privation progressive de morphine put être pratiquée de suite, sans incident notable, par la méthode demi-lente au bout d'un mois, on cessa toute injection de morphine. Cette suppression parut d'abord bien supportée ; mais quatorze jours après, sans que rien pût le faire prévoir, le malade mourait subitement. C'est dans ces conditions que nous avons recherché la morphine dans le cerveau, le foie et les reins.

La méthode que nous avons suivie est celle de Dragendorff légèrement modifiée. Chacun des organes, finement divisé, est délayé avec de l'eau alcoolisée jusqu'à consistance très fluide, puis additionné du dixième de son volume d'acide sulfurique au cinquième. Après digestion pendant douze heures, à 44°-47°, on sépare le liquide par décantation et le résidu subit un nouveau traitement. Les deux liquides ainsi obtenus sont réunis, évaporés à consistance sirupeuse, puis épuisés à l'alcool et à la benzine. Ces deux derniers dissolvants, après évaporation, laissent un résidu dans lequel on ne trouve pas trace d'alcaloïde. La liqueur acide est alors reprise par la benzine, portée à 35°-40° et additionnée d'ammoniaque jusqu'à réaction franchement alcaline. Il est à noter que l'ammoniaque a été ajoutée par petites portions et que chaque addition a été suivie d'agitation rapide, afin de prévenir la transformation de la morphine amorphe en morphine cristallisée, qui est à peu près complètement insoluble dans la benzine.

Après repos et décantation, la matière est soumise à un nouveau traitement. On réunit les deux solutions benzéniques et l'on évapore ; le résidu coloré est repris par l'acide chlorhydrique dilué. Un dernier traitement par la benzine ammoniacale donne, après évaporation, un résidu manifestement cristallisé qui, examiné au microscope, laisse voir des prismes orthorhombiques incolores.

Pour les caractériser, on les redissout dans l'eau chlorhydrique. La liqueur, ainsi obtenue, précipite par les réactifs généraux des alcaloïdes. Elle donne instantanément, avec les sels de sesquioxyde de fer, une coloration bleu foncé ; avec l'acide azotique une coloration rouge jaunâtre ; avec le réactif de Frohde une coloration violette qui passe au rouge et au brun verdâtre. Elle réduit *immédiatement* l'acide iodique, et, par addition de sulfure de carbone et agitation, on obtient une belle coloration violette.

De l'ensemble de ces réactions nous nous croyons autorisés à conclure à la présence de la morphine ou de l'un de ses dérivés immédiats dans les organes que nous avons examinés : cerveau, foie, reins.

Il résulte de ces observations que, quatorze jours après toute injection de morphine, on peut retrouver cet alca-

loïde chez un morphinique ancien, soumis à la démorphinisation progressive.

Nous ajouterons enfin que, d'après l'*intensité* des réactions, c'est surtout du foie que nous avons retiré de la morphine ; ensuite, en moindre proportion, du cerveau et des reins (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juin 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend 1° un travail manuscrit de M. le Dr Duvernet sur la vaccine et la petite vérole chez les nourrices visitées à la préfecture de police en 1896 ; 2° un pli cacheté sur les collyres aseptiques, déposé par M. Scrini ; 3° un pli cacheté déposé par le Dr Caravias, sur le traitement du diabète sucré.

Vaccinations anti-rabiques et paraplégie. — M. Rendu lit une observation qui vient de lui être adressée par M. Brault, professeur à l'école de médecine d'Alger. Il s'agit d'un jeune homme employé au Crédit Lyonnais d'Alger et atteint de paraplégie après avoir suivi un traitement anti-rabique. Il est probable que le chien par lequel ce jeune homme fut mordu n'était pas enragé. Le jeune homme n'était ni hystérique, ni alcoolique. La paraplégie commence dans le cours du traitement anti-rabique, après la cinquième injection faite à l'institut Pasteur d'Alger. M. Brault diagnostiqua une myélite lombaire aigue, et fit supprimer le traitement anti-rabique. Le malade guérit, et il est actuellement en parfaite santé.

Mort de M. Schutzenberger. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Schutzenberger et fait l'éloge du défunt.

Organisation de la fibrine dans les plaies expérimentales du foie. — M. Cornil lit un travail sur ce sujet.

De la résection bilatérale du grand sympathique cervical dans le goitre exophthalmique. — M. Gérard Marchant. M. Reclus m'a, en quelque sorte, invité à publier un cas de goitre exophthalmique opéré par la résection bilatérale du grand sympathique cervical. Bien que ma malade ait été opérée le 5 avril dernier, je n'avais cru devoir publier encore son observation, car le temps seul nous permettra de juger la valeur de cette méthode thérapeutique, qui donne, il est vrai, des résultats immédiats appréciables, encourageants, peut-être pas définitifs, et, à cette tribune si retentissante, mais si respectable, ne doivent trouver place que des faits longuement et sérieusement mûris.

J'ai tort de dire, *ma malade*, car elle appartient doublement à M. Abadie qui me l'adressa à Tenon pour l'opérer. Dans les formes oculaires du goitre exophthalmique, c'est l'ophthalmologiste qui est d'abord consulté : tel est le cas de la malade de M. Reclus et de celle dont je vais vous rapporter l'histoire.

Je vous ferai grâce des antécédents de la malade : retenons que sa mère et sa sœur sont impressionnables et qu'elle-même accuse le même *nervosisme*, de l'irritabilité.

C'est en mars 1896, au début d'une *grossesse* (terminée à sept mois) que ses yeux ont *commencé a devenir saillants*. En août de la même année le goître est constaté par un médecin. Le *tremblement* est apparu en janvier 1897. On doit noter un amaigrissement progressif, sensible depuis quatre-ving-treize mois, bien que l'appétit ait toujours été conservé. La malade est sujette à la diarrhée de temps en temps, mais jamais cette diarrhée n'a été paroxystique, comme on le voit souvent dans la maladie de Basedow.

A l'examen de ma malade, à son entrée dans notre service le 30 mars dernier, nous sommes frappés de suite par *l'exorbitisme* qu'elle présente et dont on peut se rendre compte sur la photographie ci-jointe, antérieure à l'opération ; il est si prononcé que les paupières ne peuvent plus recouvrir *le globe oculaire* : il y a intégrité de la musculature interne et externe de l'œil : le champ visuel est normal et la vue intacte : les pupilles sont très dilatées.

La tachycardie est presque nulle : la malade à 70 pulsations au lit, 80 debout, 95 à 100 après l'ascension d'un escalier. Elle n'a jamais eu de crise paroxystiques, de palpitations ou de dyspnée. Le cœur a pourtant sa pointe un peu abaissé et paraît légèrement hypertrophié. A l'auscultation on perçoit un roulement présystolique et le premier bruit est prolongé.

Le corps thyroïde a le lobe droit un peu hypertrophié (circonférence du cou 34 centimétres) ; mais ce goître ne frappe pas immédiatement, il faut le rechercher pour le reconnaître. Au niveau du goître l'oreille perçoit un souffle vasculaire.

Le *tremblement* des membres supérieurs et *inférieurs* est des plus appréciables.

Je note enfin, d'après la note remise par mon interne M. Auclair, qu'il n'existe *aucun trouble trophique*, aucun *trouble de sensibilité*, *aucun stigmate hystérique* et qu'enfin le poumon, le tube digestif, les *reins* paraissent absolument sains.

Nous avions donc à faire à une forme fruste de la maladie de Basedow, caractérisée surtout par la prédominance de l'exophthalmie.

Trois considérations me décidèrent, à pratiquer chez cette malade la *résection du grand sympathique*.

I. Je connaissais le danger, l'aléa des interventions, diverses sur la glande thyroïde (*thyroïdectomie partielle*, *exothyropexie*) suivies parfois d'accidents tellement foudroyants que l'on invoque pour les expliquer une *toxhémie thyroïdienne* dont l'action se produirait dans la *plaie*, sur le *bulbe* par un empoisonnement suraigü.

Dans une statistique d'Allen-Starr, (1) nous trouvons 23 morts, sur 190 cas de goître exophtalmique opérés ; de semblables désastres opératoires sont arrivés à Paris à des collègues très estimés.

II. Les interventions sur le grand sympathique cervical tentées 7 fois à Lyon par Jaboulay, répétées 2 fois à Bucharest par Jonnesco, sans aucun insuccès opératoire, nous entraînèrent dans cette voie.

III. Mais c'est surtout M. Abadie qui par ses communications au dernier congrès de chirurgie (1896) et dans la Presse médicale (3 mars 1897) sur la nature et le traitement du goître exophtalmique amena notre conversion.

(1) Ce travail a été fait dans le service de M. Magnan à l'Asile Sainte-Anne.

(1) Allen Starr : On the natur and treatment of exophtalmic goitre, with special reference to the thyroid theory of the disease and to the treatment by thyroïdectomy (The medical news, 18 avril 1896, n° 16).

Par des arguments *nombreux* et *décisifs*, notre si distingué collègue démontra que la maladie de Basedow, était due à une excitation permanente des vaso-dilatateurs de la tête et du cou : il affirma que, par la section du sympathique cervical, on combattrait non seulement l'exophtalmie mais aussi le goître et en partie la tachycardie (1).

Cette théorie nouvelle, si nettement exprimée, expliquait les succès de Jaboulay et justifiait enfin à nos yeux la légitimité de l'intervention qui nous était proposée : il fallait, je vous l'avouerai, des arguments de cette valeur pour m'engager à réséquer deux *branches nerveuses*, dont le rôle physiologique paraissait primordial, et dont la suppression pourrait présenter à une échéance plus ou moins longue des accidents sérieux.

Je pratiquais l'opération le 5 avril dernier, après *éthérisation* et les précautions antiseptiques habituelles.

J'ai suivi les temps opératoires indiqués par M. Jonnesco dans un article paru dans les *Archives Provinciales de Chirurgie* au début de cette année. On va à la recherche du sympathique cervical par une incision qui s'étend de la pointe de l'apophyse masthoïde au tiers interne de la clavicule, incision qui permet de passer en arrière du sterno-mastoïdien et de récliner en avant et en dedans le paquet vasculo-nerveux du cou, après avoir sectionné et lié la veine jugulaire externe et quelques filets nerveux du plexus cervical superficiel.

Le sympathique apparaît alors sous la forme d'un filet assez grêle, blanc, appliqué par l'aponévrose prévertébrale contre le muscle long du cou ; mais ce nerf n'est pas facilement reconnaissable, et on ne peut être sûr qu'on a à faire au sympathique que par la découverte du ganglion cervical supérieur c'est-à dire du *renflement fusiforme* absolument caractéristique.

Aussi pour éviter toute hésitation et toute section désastreuse, conseillons-nous une incision franchement prolongée vers la mastoïde et donnant un jour suffisant pour découvrir ce ganglion.

L'opération sur le sympathique *cervical gauche*, qui comprend la résection de la partie inférieure du ganglion cervical supérieur avec 4 centimètres environ du tronc nerveux sous-jacent, dura 1/4 d'heure.

Celle du côté droit dura dix minutes seulement, et la résection du nerf est faite sur la même longueur.

Il est à noter que le ganglion cervical moyen n'était appréciable ni d'un côté ni de l'autre.

Aucune modification des pupilles ne se produisit au moment de la section des nerfs.

On note *seulement de petits épanchements* sanguins sous conjonctivaux très apparents, existant dans le segment externe du globe oculaire à droite seulement, et apparus au moment de l'opération.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la signification de cette hémorrhagie.

On ferme les deux plaies par un plan de sutures profondes perdues et un plan superficiel de sutures intradermiques destinées à rendre moins visible la cicatrice.

Immédiatement après l'opération, la malade à 80 pulsations et ne présente pas de changements dans ses mouvements respiratoires ; l'exophthalmie a déjà diminué à gauch (premier sectionné) au point que les paupières recouvrent presque complètement le globe oculaire. A droite au contraire l'exophthalmie est encore très sensible.

Le soir de l'opération, la malade à 37,6 (température vaginale) elle est très calme et n'a que 80 pulsations, chiffre qui reste à peu près constant jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Le lendemain 6 avril on note une *diminution* très sensible de l'exorbitisme, de l'ouverture pupillaire et de la dilatation vasculaire de la région frontale droite. La malade se plaint d'un peu de douleur au niveau et en arrière des oreilles et accuse la sensation d'une sorte d'engourdissement, surtout marqué dans le côté gauche du cou. Cet engourdissement persiste, du reste, les jours suivants et est dû probablement à la section de quelques filets du flexus cervical superficiel.

Le surlendemain l'exophthalmie diminue encore et l'opérée peut complètement fermer les yeux.

Le 9 avril, quatre jours après l'opération, le pansement est renouvelé pour enlever les deux petits drains de sûreté. Rien de particulier au niveau des deux lignes d'incision, mais il semble que ce jour l'exorbitisme est plus accusé que les jours précédents. La dilatation vasculaire du côté droit persiste encore.

Le 14 avril, la malade quittait le service absolument guérie de son *exophthalmie* de sa *dilatation pupillaire* et de la turgescence veineuse prédominante à droite.

Cependant, sous l'influence de l'émotion, les yeux paraissent encore un peu saillants, mais la malade nous dit qu'elle a toujours été ainsi.

Le résultat opératoire immédiat a donc été parfait et ses enfants étaient heureux d'embrasser une maman qui ne leur faisait plus de gros yeux. Sous l'influence de l'émotion, de la fatigue, l'exophthalmie reparaît, quelquefois momentanément bien qu'à un moindre degré qu'avant l'opération, mais pour disparaître aussitôt, ainsi qu'il est facile de le constater sur les épreuves photographiques.

Mais il est juste d'ajouter qu'il n'y a plus trace de goitre, que l'état général physique et moral est demeuré excellent.

Un mot sur les hémorrhagies sous-conjonctivales qui se sont montrées à l'œil droit, après la section du sympathique cervical gauche.

Voici l'explication qu'a proposée M. Abadie.

Quand Dastre et Morat entreprirent leurs remarquables recherches sur l'origine des nerfs vaso-dilatateurs de la face, une de leurs expériences fut la suivante.

On coupe sur un chien le sympathique cervical d'un côté : après la section, on a beau *exciter* le bout supérieur et le bout inférieur, il ne se produit aucun phénomène de vaso-dilatation de ce côté de la tête. Mais si on vient à exciter le bout supérieur, on constate une vaso-dilatation dans la région des lèvres, de la joue du côté opposé, phénomène qui ne se reproduit plus, si l'on sectionne également le sympathique du côté opposé. Le résultat est absolument net et se produit constamment. Dastre et Morat signalent ce fait, mais n'en donnent pas l'interprétation.

Il nous semble que la suivante serait plausible. Quand on a coupé le sympathique cervical d'un côté et qu'on excite le bout supérieur, l'excitation nerveuse a d'abord tendance à parcourir le circuit formé par le sympathique

(1) Il est juste de dire que M. Jaboulay a eu le mérite incontestable d'exécuter le premier la section du sympathique cervical dans le goître exophtalmique, mais que c'est M. Abadie qui nous a révélé sa théorie nerveuse applicable à cette affection.

cervical de ce côté ; mais ce circuit se trouvant interrompu par la section, le courant passe alors par la moelle et va transmettre une excitation aux vaso-dilateurs du sympathique cervical du côté opposé.

Le courant nerveux est ici comparable à un courant électrique qui traverse un circuit formé de résistances inégales. Il passe tout d'abord et constamment là où la résistance est la plus faible : mais si ce chemin vient à lui être fermé, il est obligé de prendre celui où la résistance est plus grande.

Or, cette expérience physiologique si importante sur les vaso-dilateurs du cou a été exactement reproduite dans le cours de l'opération. Quand à gauche on a tout d'abord coupé le sympathique cervical, puis tiraillé avec la pince et excisé une portion du ganglion cervical supérieur, on a produit une excitation négative, sans effet pour le côté opéré, mais qui s'est traduite par une dilatation des vaso-moteurs du côté opposé. Cette vaso-dilatation, venant s'ajouter à celle qui existait déjà, a provoqué alors des injections vasculaires et des extravasations sanguines sous la conjonctive.

Tel est le fait que j'avais à vous présenter : vous excuserez les longs détails dans lesquels j'ai dû entrer : vous remercierez avec moi M. Reclus d'avoir ouvert le débat dans cette enceinte où il ne peut que grandir et s'éclairer, mais vous conviendrez que ces deux faits sont encore insuffisants pour établir la valeur définitive de la résection du sympathique cervical dans le traitement du goitre exophthalmique.

A 4 h. 1/2 la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juin 1897. — Présidence de M. Debove.

Virulence du bacille de Loeffler dans ses rapports avec les formes cliniques de la diphtérie. — M. G.-H. Lemoine, du Val-de-Grâce. Dans 37 observations d'angine pseudo-membraneuse à bacille de Lœffler, le bacille diphtérique retiré des fausses membranes a été trouvé pathogène pour le cobaye 33 fois. Dans 29 de ces cas il s'agissait d'angines présentant tous les caractères cliniques de l'angine diphtérique. Les 4 autres cas se rapportent à des angines pseudo-membraneuses fort bénignes ne présentant pas de signes cliniques suffisants pour affirmer la nature diphtérique de l'affection. L'expérimentation cependant est venue faire voir les qualités pathogènes du bacille de Lœffler retiré des fausses membranes ; mais la virulence s'est montrée très atténuée, expliquant par là même la bénignité de l'infection chez l'homme.

Dans les 4 dernières observations, le bacille de Lœffler s'est montré complètement dénué de virulence ; l'examen clinique d'ailleurs faisait déjà prévoir qu'il ne s'agissait pas d'angine diphtérique. L'une d'elles présenta les caractères typiques de l'angine herpétique.

Lorsque le bacille s'est montré doué de virulence, l'examen microscopique a fait voir qu'on se trouvait en présence de formes longues et moyennes. 4 fois seulement il appartenait à la forme courte, mais, dans ce cas, il s'est montré d'une virulence très atténuée, tuant le cobaye du 8 au 11e jour.

On peut donc dire d'une façon générale qu'il y a concordance entre les résultats fournis par l'examen bactériologique et ceux donnés par la clinique en ce qui regarde la nature de l'angine diphtérique.

Il n'en est plus de même si on veut baser sur l'examen bactériologique et sur l'expérimentation l'état de gravité de l'affection chez l'homme. Cela tient à ce que l'animal choisi comme réactif est d'une sensibilité extrême à l'infection diphtérique ; on pourra donc de ce fait observer chez l'homme des angines diphtériques légères ou de moyenne intensité, alors que le bacille se montre très pathogène pour l'espèce animale. D'autre part la contradiction existant entre les données bactériologiques et cliniques peut tenir, ou bien au rôle d'associations microbiennes favorisantes, ou bien encore à certains états de l'organisme offrant au bacille un terrain de culture encore plus favorable que l'organisme animal.

La contradiction dans les faits n'est donc qu'apparente si on tient compte de ces derniers éléments.

Dans 3 cas de diphtérie grave en effet le bacille diphtérique se montra d'une virulence atténuée, mais l'étude bactériologique poussée plus loin démontra la virulence considérable du streptocoque et du bacille coli. Pour d'autres observations il est rationnel d'admettre l'influence de l'organisme qui là comme dans toutes les maladies doit jouer un rôle important.

Au point de vue pratique, on ne saurait donc baser sur l'examen bactériologique seul le diagnostic d'angine diphtérique. La présence exclusive de bacilles courts surtout paraît devoir imposer des réserves. Quant aux formes longues et moyennes, elles semblent bien être l'indice certain de la diphtérie. Mais qu'il s'agisse de formes longues, moyennes et courtes, il y a lieu de tenir compte du nombre des éléments trouvés, non seulement du nombre des colonies développées sur tube de serum, mais encore de la quantité de bacilles entrant dans la constitution de la fausse membrane. Pour que l'examen donne un élément solide de diagnostic, il est nécessaire que cet examen porte, non pas sur du mucus pharyngée ou sur le produit de grattage de la surface de la fausse membrane comme on le pratique ordinairement avec une spatule, mais sur la fausse membrane elle-même détachée à l'aide d'une pince et lavée au préalable dans un peu d'eau stérile. Par l'emploi de ce procédé, l'examen direct a donné des résultats concluants dans les observations rapportées et, chez un malade ayant succombé à une strepto-diphtérie, cet examen avait permis d'affirmer l'association effective du streptocoque, association confirmé par des recherches ultérieures.

L'observation clinique reste donc le fondement du diagnostic de l'angine diphtérique, elle seule peut indiquer le moment de l'intervention thérapeutique. Si d'autres séries d'observations menées parallèlement avec l'étude de la virulence du bacille diphtérique viennent confirmer les résultats obtenus ici, le rôle de l'examen bactériologique restera secondaire en tant qu'indication de la nature de l'affection, puisque là où la clinique pose le diagnostic de diphtérie, le bacille de Lœffler est bien l'agent virulent de la maladie, et puisque de toutes manières l'emploi du sérum s'impose, lorsqu'on se trouve en face d'une angine diphtérique clinique.

Les cas légers ou de moyenne intensité, qui souvent se présentent sous des formes variées ou douteuses, rendent seules le diagnostic bactériologique nécessaire.

Ici encore faudra-t-il que celui-ci tienne rigoureusement ompte de la forme et de la confluence des éléments ouvés.

M. H. Barbier. La communication de M. Lemoine soulève en des points de l'histoire de la diphtérie. En ce qui conrne le bacille court, mes observations anciennes et celles us récentes que je fais dans le service de la diphtérie de ôpital Trousseau me permettent de penser avec M. Leoine que les angines à bacille court présentent des caracres objectifs de bénignité qui ne permettent pas la conion avec les angines à bacille diphtérique long.

La question des associations microbiennes est également oulevée dans trois ou quatre observations de M. Lemoine, elles-ci correspondent complètement, cliniquement et actériologiquement, au type infectieux diphtéro-streptoccique que nous avons décrit autrefois dans le groupe es diphtéries infectieuses de M. Grancher

Pour établir ces types, il ne suffit pas de constater, par n examen bactériologique plus ou moins sommaire, la résence des streptocoques, mais il faut déterminer l'exisnce de lésions attribuables aux streptocoques.

Quant aux angines dont le type anatomique et clinique e correspond pas à ceux de la diphtérie, et dans lesquelles n trouve un bacille court ou peu virulent, ou peu abonant, on peut se demander si réellement on doit les attriuer au poison diphtérique,

Syndrome clinique et urologique constitué par un état mélancolique chez les diabétiques lévulosuriques. — M. Pierre Marie et R. Robinson (de Constantinople) rapportent deux observations. La première concerne un omme de cinquante ans devenu mélancolique avec impuissance et tendance au suicide, à la suite de soucis d'affaires. L'examen des urines révéla une réduction de la queur cupro-potassique et l'existence dans l'urine d'une ubstance lévogyre. Le régime antidiabétique fut institué t un mois après l'état mental de ce malade était si bien mélioré qu'il pouvait reprendre sa vie habituelle ; depuis ors cette amélioration a persisté.

Dans la dernière observation, il s'agit également d'un omme de quarante-trois ans devenu, dans des circonsances analogues, mélancolique avec impuissance et idées le suicide. Comme dans le premier cas, l'examen des rines donna la réduction de la liqueur cupro-potassique et la réaction de la lévulose (réaction de Séliwanoff).

Sous l'influence du régime antidiabétique la mélancolie et l'impuissance disparurent rapidement.

MM. Pierre Marie et R. Robinson concluent, de ces deux observations, à l'existence d'un syndrome clinique et urologique, caractérisé par l'état mélancolique, l'impuissance, sans symptômes diabétiques (polydipsie, polyphagie, polyurie), réduction de la liqueur cupro-potassique et présence dans l'urine d'une substance sucrée déviant à gauche le plan de polarisation (lévulose).

Les auteurs rappellent les travaux de Külz et de May sur la lévulosurie.

Sur l'application du bleu de méthyléne au diagnostic de la perméabilité rénale. — MM. Jules Voisin et G. Hauser. MM. Achard et Castaigne ont étudié le composé chromogène que nous avons signalé dans l'urine des individus après l'absorption du bleu de méthylène.

A leur avis, il existe plusieurs dérivés incolores et, parmi ces leuco-dérivés, il y en aurait un plus important qui, en milieu acide, donnerait naissance à une substance verte, distincte du bleu. Ce chromogène ne restituerait pas un bleu véritable, il régénérerait une autre substance.

Nos expériences ne contrôlent pas ce fait. Nous désirerions savoir par quelles expériences MM. Achard et Castaigne arrivent à ces conclusions.

Pour nous, si le chromogène n'est pas identique au blanc de méthylène, c'est au moins une substance très voisine, dont il ne diffère qu'en ce qu'il est un peu plus stable, qu'en ce qu'il ne s'oxyde à l'air que par un contact prolongé, au lieu que le bleu s'oxyde immédiatement. Cette stabilité plus grande est peut-être due à la combinaison avec certains éléments de l'urine et du sang.

Il nous semble aussi que par oxydation du chromogène on obtient le bleu de méthylène dont il dérive.

M. Achard. Le chromogène dont nous avons parlé a été séparé du bleu après une série de traitements successifs de l'urine par le chloroforme de manière à entraîner tout le bleu. Il se distingue du blanc de méthylène par son insolubilité dans l'éther et le chloroforme. De même la substance verte, obtenue par chauffage du chromogène avec l'acide acétique, est insoluble dans le chloroforme et l'alcool amylique, ce qui la distingue du bleu, en employant les réactions propres à transformer le blanc de méthylène en bleu.

Deux cents cas de séro-diagnostic. — M. Gasser. J'ai eu l'occasion de pratiquer le séro-diagnostic de Widal chez 200 malades. Dans chacun de ces cas, le diagnostic de fièvre typhoïde pouvait être discuté le premier jour de l'observation clinique. J'ai constamment employé le procédé extemporané de M. Widal, après mélange à 1 p. 100.

Dans 112 cas, il s'agissait de fièvre typhoïde, et la réaction fut toujours positive. Nous l'avons trouvée une fois au troisième jour, une fois au quatrième, 12 fois au cinquième et, les autres fois, au huitième ou dixième jour, c'est-à-dire au moment de l'entrée des malades à l'hôpital. Dans un seul cas, la réaction fut retardée et n'apparut qu'au vingtième jour. J'ai pu assister sur moi-même à la disparition du pouvoir agglutinatif. J'entrai en convalescence de fièvre thyphoïde, le 29 mai 1896 ; le 1er octobre, mon sérum était encore agglutinatif ; mais, le 1er novembre, il ne l'était plus.

J'ai recherché la réaction chez un grand nombre de malades pouvant être suspects de dothiénentérie, soit dans 52 cas d'embarras gastriques fébriles, dans 30 cas de fièvres continues palustres, dans 3 cas de granulie, dans 1 cas de tuberculose généralisée subaiguë, dans 2 cas de pneumonie franche.

Dans tous ces cas, la réaction fut négative, sauf chez les deux pneumoniques. Dans ces 2 cas nous n'avons pas pratiqué la mensuration du pouvoir agglutinatif. Cependant, pour l'un d'eux, la réaction fut recherchée par le procédé lent et nous avons vu la clarification du tube se faire à l'étuve après mélange de 1 gramme de sérum pour 20 de bouillon.

Peut-être ces deux malades avaient-ils été sous l'influence d'une infection typhoïdique fruste ? L'un d'eux vivait dans un milieu qui avait fourni un certain nombre de cas de fièvre typhoïde ; l'autre avait souffert de diarrhée, peu de temps avant son entrée à l'hôpital.

En résumé, dans un grand nombre de cas examinés par nous, le diagnostic était difficile et douteux, et la réaction de Widal a été un guide des plus précieux.

M. Widal. L'hypothèse émise par M. Gasser, au sujet des antécédents de ses deux pneumoniques, est très plausible.

La clinique nous avait depuis longtemps enseigné les cas frustes de typhoïde ambulatoire que révèle seulement une péritonite par perforation. Au cours d'épidémies familiales, le séro-diagnostic a déjà permis, par exception, de déceler l'influence typhique chez des sujets restés, en apparence, bien portants. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer avec M. Sicard des fébricules à pouvoir agglutinatif élevé que le séro-diagnostic seul avait permis de cataloguer comme fièvre thyphoïde ; M. Papillon m'a communiqué des observations semblables. On conçoit que, chez de tels sujets, on puisse plus tard constater la réaction agglutinante, sans que l'anamnèse permette de retrouver l'infection typhique antérieure.

Dans les 2 cas de M. Gasser, auxquels je viens de faire allusion, bien que la mensuration du pouvoir agglutinatif n'ait pas été faite, on avait conclu avec raison à un résultat positif, puisque la clarification des cultures se faisait à 1 pour 20. Le séro-diagnostic nous force donc à serrer de plus près l'anamnèse des malades.

Application de la méthode Röntgen au diagnostic des affections thoraciques et en particulier au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire. — MM. Béclère, Oudin et Barthélemy, après avoir montré que la radiographie décèle des anévrismes de l'aorte inaccessibles à l'auscultation et à la percussion, présentent une nouvelle série d'épreuves radiographiques pour prouver que cette méthode n'est pas moins utile au diagnostic des lésions de l'appareil respiratoire.

Ce sont d'abord 2 épreuves prises sur le même malade, porteur d'un abondant épanchement de la plèvre gauche, avant et après la thoracentèse. On voit nettement l'opacité de l'épanchement, sa limite supérieure et le retour de la transparence du tissu pulmonaire après la ponction. En outre, les 2 épreuves montrent que, chez ce malade âgé de 66 ans, l'aorte thoracique à son union avec la crosse aortique est quelque peu dilatée et déborde à gauche la colonne vertébrale, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale, comme d'ailleurs le fait s'observe, à l'examen radioscopique plus ou moins prononcé, chez la plupart des sujets dont les artères périphériques sont dures et sinueuses.

Une autre épreuve représente le thorax d'un enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse et fait voir qu'en dehors d'un amas ganglionnaire rétro-sternal, seul accessible aux moyens usuels d'exploration, il existe, profondément situés dans l'épaisseur des deux poumons, tout autour du hile, d'autres ganglions nombreux et volumineux surtout à droite et qui, de ce côté s'étendent le long des ramifications bronchiques. La radiographie précise et complète singulièrement le diagnostic.

Enfin, la quatrième épreuve montre le thorax d'un tuberculeux, porteur d'un pyopneumothorax droit. La cavité pleurale remplie d'air est si transparente, surtout dans l'intervalle compris entre la base du poumon rétracté et la surface de l'épanchement purulent, qu'à ce niveau on distingue nettement les corps vertébraux, leurs fibro-cartilages et les articulations des côtes voisines. Une zone opaque, limitée supérieurement par une ligne horizontale, correspond à l'épanchement purulent et remplit tout le sinus costo-diaphragmatique droit. Le poumon malade, diminué de volume et rétracté vers le hile, apparaît distinct avec des contours très précis ; on voit son sommet arrondi, son bord externe oblique en dehors, sa base quelque peu concave; on voit même une adhérence qui relie son sommet à la paroi, en un mot, on mesure exactement so volume, sa forme, ses dimensions en hauteur, en largeu et la situation qu'il occupe dans la cavité thoracique.

Il n'est pas douteux que des examens répétés du mêm malade permettront de mesurer toutes les variations d l'épanchement, tous les changements qui se produiron dans la forme et les dimensions du poumon. Si la perfora tion se cicatrise, et si, par suite de la résorption de l'a intra-pleural, le poumon se rapproche de la paroi, la radi graphie le révélera avant l'auscultation. Le poumon gau che, considéré comme sain parce que l'auscultation n'y fa entendre que des râles de bronchite, apparaît sur l'épreuv radiographique tout parsemé, dans sa moitié supérieure, d taches sombres à contours indécis, c'est-à-dire tout infilt de noyaux opaques aux rayons X. C'est donc qu'il est siège de lésions tuberculeuses profondes et étendues. O voit ainsi l'utilité de la méthode Röntgen pour le diagnost précoce des infiltrations tuberculeuses inaccessibles au autres modes d'exploration.

Une dernière épreuve radiographique en apporte u nouveau témoignage : c'est le thorax d'une jeune fil soupçonnée de tuberculose, soigneusement examinée deux reprises par M. Rendu et ne présentant que d signes incertains et fugaces d'auscultation, tandis que radiographie montre le poumon droit opaque à son somm et dans sa partie moyenne, c'est-à-dire profondémen lésé.

Sans rien enlever de leur valeur aux autres modes d'ex ploration clinique, la méthode de Rœntgen confirme, pr cise, complète, parfois même corrige et rectifie le diagnos tic des affections thoraciques.

Purpura cachectique. — MM. Hirtz et Bernheim. Nou rapportons deux cas de purpura cachectique, l'un chez u paludéen, l'autre chez un malade présentant de la misèr physiologique. L'un de ces malades, âgé de quarante-deu ans, contracte, en 1880, la malaria, pendant un séjour d dix mois en Cochinchine. De retour en France, il a succes sivement une fluxion de poitrine, une dothiénentérie une variole, tout en conservant par intervalles des acc palustres. En avril 1897, il entre à l'hôpital Laënnec a cours de l'un de ces accès ; il présente un purpura des t guments très discret, puis huit jours après son entré apparaît une tumeur de 8 centim. de diamètre sur la lèvr supérieure qui n'était autre qu'une localisation du pu pura. Successivement se présentent plus tard des tach purpuriques sur les joues, le nez, le voile du palais L'an lyse du sang dénote une anémie excessive. Après une am lioration réelle et la disparition du purpura, le malad veut quitter l'hôpital, mais quelques jours après sa sorti il est pris d'un épistaxis rebelle, dû au purpura nasal ; l tamponnement est pratiqué, mais le malade succombe.

Le second malade, âgé de 52 ans, sans antécéden entre à l'hôpital pour une anémie et une asthénie poussée à l'extrême Son faciès est addisonien, la prostration exces sive. Sur les membres inférieurs et le scrotum existent d vastes ecchymoses entourées de taches purpuriques ; le parties des membres inférieurs, laissées libres par les pla ques ecchymotiques, présentent une teinte jaune clair; l peau est indurée et a perdu sa souplesse. L'anémie es poussée au quatrième degré de M. Hayem, on ne trouv que 496 000 hématies et 3647 globules blancs. Amaigrisse ment, diarrhée rebelle, signes cardio-vasculaires de l'ané mie, léger degré d'ascite, complètent ce tableau. C'éta

n blanchisseur qui, de huit heures du matin à minuit availlait constamment debout avec une nourriture absoment insuffisante comme quantité et comme qualité, et ui, au bout de cinq ans, en était arrivé au degré de isère physiologique que nous avons vu. Par un traitement ont la strychnine et le protoxalate de fer ont fait les prinpaux frais, joint à un repos constant et une alimentation érieuse, ce malade a guéri en un mois. L'apparition du urpura, au cours d'une misère physiologique aussi vancée, n'est certes pas chose banale, et si l'on connaît ien le purpura cachectique, les cas où il s'est montré avec ette anémie extrême et où la guérison est survenue peuent se compter. En présence de l'aspect clinique de notre alade, nous avons, au début, envisagé les différents diagnostics de maladie d'Addison, d'anémie pernicieuse progressive, de cancer latent, de scorbut sporadique bénin, 'anémie symptomatique de bothriocephalus latus ou 'ankylostome duodénal. La diminution des hématies, ointe aux caractères de ces globules rouges ainsi que les ésultats de la numération des leucocytes et des hématoblastes, montrent bien que les troubles hématologiques rennent une grande part à la pathogénie du purpura. On oit, en outre, par l'histoire de ce malade, que la misère hysiologique, même arrivée à son acmé, si elle est traitée érieusement, peut et doit guérir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 juin 1897.

Présidence de M. Ladreit de Lacharrière.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4 par la lecture du procès-verbal qui est adopté.

A propos du procès-verbal, M. Guépin réclame contre l'oubli de son nom à propos de la présentation de brochures qu'il a faites.

M. Grasset complète la réponse qu'il a faite dans la dernière séance aux objections qui s'élevèrent contre sa méthode :

Je répéterai que quelles que soient les idées théoriques, les faits sont là et tout le monde pourra les vérifier, mais j'ajouterai qu'il n'est ni scientifique ni courtois de nier de parti pris comme le fait M. Martin Durr. Les granulozymes ne sont pas de mon invention, ils ont été décrits par les différents histologistes sous le nom de granulations zymogènes ou grains prézymogènes plus ou moins solubles dans l'eau. Ces éléments ne sont pas des ferments solubles, mais des producteurs de ces ferments, et la *mixture pulmothérapique* contient à la fois producteurs et produits.

Si l'on fait l'examen histologique par les divers réactifs en usage, avant de mélanger le liquide de macération au liquide conservateur, on constate nettement la présence des granulations ; dans la préparation pharmaceutique on peut déceler au microscope des granulations très réfringentes, d'autres plus nombreuses difficiles à apercevoir car leur réfringence est à peu près égale à celle de la glycérine qui en dissout un certain nombre, des débris cellulaires, et enfin des amas de granulations très fines agglomérées. Je trouve étrange de voir contester cette présence par M. Martin Durr qui n'a même pas vu le liquide en question.

Le suc pulmonaire est extrêmement différent de cette préparation, car il ne contient aucun élément figuré, il est très pauvre en matières organiques, j'en ai donné l'explication dans le cours de mon mémoire.

M. Martin Durr a même ajouté cette phrase à laquelle j'ai déjà répondu. Vous nous parlez, dit-il, de zymases, actuellement nous ne connaissons que les ptomaïnes et les leucomaïnes. D'abord les ptomaïnes étant des produits d'origine microbienne, nous n'avons pas à nous en inquiéter ; quant aux zymases que d'autres appellent diastases ou ferments solubles, elles sont très connues par leurs effets ; comparant une cellule à un organisme animal, on pourrait dire que les zymases sont aux leucomaïnes, ce que les ferments digestifs et autres sont aux résidus excrétés par l'animal.

Un jeune chimiste d'avenir, M. Bertrand, vient de montrer à la Société chimique de Paris qu'un ferment soluble est un albuminoïde à fonction acide peu stable, ce qui doit rendre prudent dans le mode extractif.

La lecture laisse quelquefois échapper aux auditeurs certains passages, c'est pourquoi M. Jullien croit trouver quelques contradictions dans mon exposé. Si j'ai dit que le microbe n'était rien dans les maladies du poumon, j'ai ajouté que ce n'était que dans le cas où il n'y avait pas suppuration ou gangrène ; or la tuberculose produit une nécrose du tissu où j'ai bien indiqué le rôle du bacille de Koch, et je n'ai pas dit que celui-ci n'était pour rien dans le développement de la tuberculose, mais qu'il n'était pas indispensable puisque j'admets l'évolution spontanée héréditaire. La question hérédité est d'ailleurs encore loin d'être tranchée.

Enfin, Messieurs, si vous voulez bien essayer, sans parti pris, dans toutes les affections pulmonaires, le produit que je vous propose, vous serez promptement amenés à reconnaître son efficacité thérapeutique. Ma conviction est établie sur près de 60 cas, dont 25 de tuberculose.

Faute de l'imprimeur : Mode d'usage : enfants petits, 3 à 5 cuillerées à *dessert* ; adultes, 2 à 4 cuillerées à *soupe*.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. le vice-président Voisin s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ; il prie M. Ladreit de la Charrière, ancien président, de vouloir bien le remplacer cette fois.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels. — Invitation au Congrès de Moscou. — Dès aujourd'hui, nous donnons délégation à MM. Jullien, de Goncourt et Cazin qui sont dès maintenant décidés à y aller. Notre correspondant, M. de Narkiewiez Jodko a bien voulu écrire à M. le président et au secrétaire général pour inviter ceux de nos membres qui voudraient s'arrêter chez lui, avant de se rendre à Moscou. M. Ladreit de la Charrière est heureux de faire part de cette gracieuse invitation à la Société et se met à sa disposition pour tous renseignements complémentaires.

M. le Président rappelle la cérémonie de demain à la Salpêtrière où sera inauguré le monument de Duchenne (de Boulogne), ancien membre de notre Société : il y convoque de nouveau ses collègues et espère qu'ils s'y rencontreront nombreux.

M. Gillebert-Dhercourt lit son **Rapport sur le travail de M. le Dr Massalongo** (de Vérone), candidat comme membre correspondant.

M. Jullien. Comme ami personnel de M. Massalongo, je tiens à ajouter quelques renseignements sur notre candidat.

Les travaux du médecin de Verone sont en réalité nom-

breux et considérables. Un de ses plus beaux est sans contredit sa belle thèse sur la *contagiosité de la pneumonie* considérée comme maladie infectieuse, ce fut un des premiers médecins qui appelèrent l'attention sur cette question si importante. Comme complément il fit nombre d'expériences pour tenter de développer la pneumonie expérimentalement à des animaux, qu'il déprimait de toutes façons, puis qu'il exposait à de basses températures, or jamais il ne réussit à faire un animal pneumonique par l'influence du froid.

Plus récemment il publiait une observation unique de néphrite syphilitique chez un hérédo, où le microscope permettait de voir les lésions les plus intenses de la sclérose se développant dans la vie intra-utérine en même temps que l'organe lui-même.

Les contributions à la pathologie nerveuse sont très nombreuses, et M. le rapporteur vient de vous faire connaître un de ses moindres titres. M. Massalongo a eu l'honneur de travailler sous Vulpian, et garde pour la science qu'affectionnait son maître une prédilection particulière. Le souvenir du temps de labeur passé en France fait de votre candidat un véritable ami de notre pays, dont les choses non moins que les hommes lui sont bien connues Nul tribut payé à la mémoire de Vulpian ne fut plus affectueux et plus touchant que la biographie publiée le lendemain de sa mort par l'élève et le fervent admirateur qu'il avait à Vérone, et je m'assure qu'en donnant ses suffrages à ce très grand esprit, la Société ouvrira ses portes à un des savants qui font le plus d'honneur à son pays et portent le plus d'attachement au nôtre.

Les conclusions favorables du rapport sont mises aux voix et adoptées. Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. Guépin lit une analye qu'il vient de faire, à la prière de la Société, sur deux mémoires qui ont été adressés par M. Beaulavon.

Messieurs, M. Beauvalon, docteur en médecine, ancien interne provisoire des Hôpitaux de Paris, a offert à la Société de Médecine de Paris deux ouvrages dont voici le résumé :

1° Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose dans les sanatoria. (Thèse de doctorat, 1896). — Il s'agit d'une étude d'ensemble dans les sanatoria et non de la description de chacun d'eux en particulier; étude faite après un voyage pendant lequel l'auteur a visité à peu près tous les sanatoria d'Europe et après un séjour, comme malade, au sanatorium de Falkenstein.

Le travail est divisé en 4 parties :

I. — Le sanatorium.

II. — Prophylaxie de la tuberculose dans les sanatoria.

III. — Traitement de la tuberculose dans les sanatoria.

IV. — Résultats du traitement.

I. Le sanatorium. — 1° *Emplacement.* — La question d'altitude n'a eu que peu d'influence, puisqu'on trouve des sanatoria à 150 m. d'altitude, comme celui de Rehbourg, dans le Hanovre, aussi bien qu'à 1.856 m. comme celui d'Arosa, en Suisse. Comme tous ces établissements ont des statistiques donnant des résultats analogues, on est tenté de n'accorder que peu d'importance à ce facteur. Cependant l'altitude peut aider à l'accomplissement de la cure d'air par la pureté de son air, son insolation abondante et peut-être aussi par une action favorable à l'hématopoïèse. Mais, comme l'altitude présente des contre-indications, que les malades qui y ont été traités ne peuvent pas toujours redescendre en plaine, sans en ressentir quelque inconvénient, il faut rejeter les montagnes quand il s'agit de traiter des tuberculeux indigents.

Ce qu'il faut, avant tout, c'est la pureté de l'air, facile à obtenir à la campagne, par l'éloignement des villes populeuses, des usines, des routes fréquentées.

Avec la pureté de l'air, la chose principale à rechercher pour l'emplacement d'un sanatorium, est une bonne protection contre les vents dominants, et surtout contre les vents froids de l'hiver. On y arrive par l'orientation vers le Sud, l'adossement à des hauteurs boisées et par le voisinage de forêts. La recherche d'un sous-sol sain et perméable n'a rien de particulier aux sanatoria.

2° *Bâtiments et dépendances.* — Le sanatorium choisi comme type de description est celui de Hohenhonnef sur le Rhin, non qu'il soit parfait, mais parce qu'il est le plus complet de ceux existant en ce moment.

L'exposition est celle du sud-ouest. Le bâtiment est composé d'un corps central, d'où se détachent deux ailes à angle obtus, de façon à déterminer une terrasse bien complètement à l'abri du vent. Toutes les pièces habitées sont sur la façade méridionale du bâtiment. Les chambres de malades contiennent seulement les meubles indispensable; tapis, rideaux, tentures ne sont représentés que par des rideaux de vitrage lavables et une descente de lit. Le parquet est recouvert de linoléum, les murs recouverts de papier vernissé. Les chambres sont à un lit, quelquefois à deux lits; elles mesurent 60 m. c. Dans d'autres sanatoria le cubage descend jusqu'à 30 m. c. par personne, surtout dans les dortoirs des sanatoria pour les pauvres. Des portes-fenêtres donnant sur des balcons, des vasistas, assurent une abondante ventilation.

L'éclairage est électrique, le chauffage se fait à la vapeur d'eau, tous modes ne donnant ni poussière, ni fumée.

L'établissement a son système d'égouts indépendant; à Falkenstein, on pratique même l'épandage.

La galerie de cure, caractéristique du sanatorium, court le long de la façade des bâtiments. Son principal meuble est une chaise-longue, sur laquelle le malade passe la plus grande partie de son temps. En dehors de cette galerie on trouve encore des kiosques disposés pour la cure d'air.

Le parc est toujours très grand, pour que les malades y trouvent assez de promenades à faire pour n'avoir pas la tentation d'en sortir; on évite ainsi le contact d'étrangers qui pourraient entraîner le malade à commettre des imprudences. Les allées ont des pentes graduées, de façon que les malades y puissent faire une sorte de cure de terrain réglée par le médecin.

II. Prophylaxie de la tuberculose. — Les aliments donnés aux malades ne doivent pas être contaminés; on y arrive aisément en contrôlant la viande de boucherie et surtout le lait; le mieux est d'avoir sa propre vacherie dont les bêtes sont soumises à l'épreuve de la tuberculine.

Pour éviter la contagion dans l'intérieur de l'établissement les pensionnaires doivent, sous peine de renvoi, ne cracher que dans des crachoirs communs garnis d'eau, ou dans des crachoirs de poche. Ces vases sont vidés et désinfectés chaque jour, et leur contenu brûlé. Les déjections des malades, recueillies dans le système d'égouts propre au sanatorium, sont inoffensives pour les populations environnantes. Le linge des malades est désinfecté avant son blanchissage.

es mesures de prophylaxie suffisent pour rendre le
torium inoffensif pour ses habitants et pour les popu-
ons environnantes. On n'a jamais en effet constaté de
tagion dans le personnel, et les villages, au milieu
quels ils sont construits, voient diminuer, et leur mor-
té générale, et leur mortalité par phtisie.

II. Traitement de la tuberculose. — 1° *Bases du traitement.* Le traitement s'appuie sur ce principe que l'organisme, à lui seul, peut vaincre le bacille de Koch, comme le prou-ent les guérisons spontanées et les cicatrices pulmonaires ouvées sur le cadavre. Le traitement va donc s'efforcer relever l'organisme par la cure d'alimentation et la e d'air, de diminuer ses pertes par la cure de repos.

2° *Cure d'alimentation.* — Elle ne diffère pas essentielle-nt de celle qui est dans la pratique courante. Signalons lement que la suralimentation est plus facile à obtenir s un sanatorium, qu'elle repose bien plus sur la quantité mets que sur leur qualité, que, par exemple, on fait usage de poudres de viande, peptones et autres; par tre les graisses, particulièrement le beurre, et le lait t très en honneur.

3° *Cure d'air.* — Elle constitue la caractéristique des atoria ; elle consiste à tenir le malade a l'air pendant te la journée, soit couché sur sa chaise-longue, soit rchant dans le parc. La cure d'air se fait absolument tous les temps, malgré la pluie, la neige, le vent, le id ; à Davos, les malades supportent des froids de 20 de-s, et à Tonsaasen, en Norvège, Andvord fait faire la cure ir pendant cinq, sept et neuf heures par des froids de degrés. La nuit, la cure d'air se continue par l'ouverture manente des fenêtres.

4° *Cure de repos.* — Elle ne consiste pas seulement en os, mais en exercices gradués par le médecin : marche s ou moins longue, sur un terrain plat, ou plus ou moins pente.

5° *Médications accessoires.* — On endurcit le corps par s frictions générales et l'hydrothérapie. On protège le umon en prescrivant au malade de ne respirer que par nez; on le ventile en lui faisant faire de profondes spirations. On apprend aussi au phtisique à ne pas isser inutilement, à supprimer la toux sèche qui ne it pas être suivie d'expectoration.

6° *Avantages des sanatoria.* — Les phtisiques se trouvent, ice à ces établissements, isolés dans des écoles où on ir donne des leçons d'hygiène. Les sanatoria rendent is facile l'accomplissement de la suralimentation et de cure d'air. Enfin leur plus grand avantage est constitué r la présence et la surveillance continue du médecin.

7° *Objections.* — On a parlé de danger de contagion par natoria, il n'existe pas quand les règles de prophylaxie nt appliquées comme nous l'avons vu. Quant a la mau-ise influence psychique, c'est une objection théorique, solue si on interroge les pensionnaires; ils aiment tous sanatorium parce que le sanatorium les guérit.

IV. Résultats du traitement. — En général on peut mpter sur 20 à 25 p. 100 de guérisons et sur 30 à 35 100 d'améliorations. Mais s'il s'agit de malades au début, obtient 80 p. 100 de guérisons. La guérison chez 70 p. 100 s guéris est définitive, elle résiste au temps, aux fatigues ofessionnelles, aux excès, à la maternité, aux maladies; s observations et les statistiques en font foi.

2° Les sanatoria pour phtisiques indigents à l'étran-er. (Tirage à part d'un article paru dans la *Revue de la tuberculose*, n° 4, 1896, et n° 1, 1897.) — C'est l'Allemagne qui tient la tête dans ce mouvement. A Ruppertshain im Taunus, la ville de Francfort a construit, pour remplacer un sanatorium insuffisant de 29 lits, qui était à Falkenstein, un grand établissement. Son orientation est S.-S.-O., son plan général ne diffère guère de celui de Hohenhonnef. Il peut recevoir 75 malades, 38 hommes et 37 femmes, qui suivent le même traitement que les riches. La ville de Brême possède à Rehbourg, dans le Hanovre, un sanatorium pour 30 lits. A Gœrbersdorf, on trouve un sanatorium qui peut recevoir une centaine de malades et qui est dirigé par le Dr Weicker, ainsi qu'une annexe du sanatorium de Brehmer pour les demi-nécessiteux. A côté de ces établissements, fonctionnant à l'heure actuelle, nous devons signaler plusieurs projets. A Berlin, on a ouvert un sanatorium dans les baraquements de la Croix-Rouge, à Grabowsee ; on projette aussi un établissement pour les demi-nécessiteux de Berlin, artistes, professeurs, écrivains, etc. A Saint-Andreasberg, on trouve l'ébauche d'un sanatorium pour les malades de Hanovre et le commencement de la construction du grand sanatorium de la Société hanséatique d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité. A Albertsberg, près de Reiboldsgrun, on construit un sanatorium pour la Saxe. Munich projette deux sanatoria, l'un près de la ville recevant tous les tuberculeux; l'autre à Planegg pour les cas les plus favorables à la cure.

En Autriche, nous trouvons le sanatorium d'Alland, construit sous l'active impulsion de Schrœtter, pour 108 malades.

En Suisse, la question est plus avancée. Berne possède à Heiligen-Schwendi, un sanatorium qui fonctionne depuis deux ans. Bâle aura 2 sanatoria comme ceux de Munich; le suburbain n'est pas construit; l'autre, à Davos-Dœrfli, fonctionne avec 64 lits. Dans tous les autres cantons de la Suisse des sanatoria sont projetés et quelques-uns en cours d'exécution.

En Angleterre, signalons, comme se rapprochant des sanatoria proprement dits, l'établissement de Ventnor, dans l'île de Wight.

En Amérique, il existe près du lac Saranak, l'Adirondak Cottage Sanitarium, construit d'après le principe séparatiste ; 17 cottages forment un village pouvant contenir 82 malades. Le Sanitarium Gabriels, dans les Adirondak Mountains, reçoit 50 malades. Citons encore le Glockner Sanitarium, avec 40 malades, dans le Colorado, et le Bellevue Sanitarium, avec 25 malades, dans le Colorado aussi.

Les résultats qu'on obtient dans ces établissements sont les mêmes que pour les riches ou un peu meilleurs même, parce qu'on ne reçoit autant que possible que des cas curables.

Les frais d'installation et d'entretien ne sont pas très considérables : à Ruppertshain, le lit coûte 3.466 marks ; à Munich, 4 460 marks ; à Albertsberg, 2.515 marks; à la Société hanséatique, 4.140 marks. Les frais d'entretien sont de 3 fr. 10 à Ruppertshain ; de 2 fr. 75 à Rehbourg ; de 1 fr. 90 à Heiligen-Schwendi. Ces frais sont payés, en partie par le malade ou les sociétés de secours dont il fait partie, en partie par la ville ou la société propriétaire.

Presque tout a été fait jusqu'à présent par des sociétés particulières; la Société hanséatique d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse veut généraliser ce mouvement. Elle part de ce principe que si, sur 500 personnes soignées, 140 étaient assez bien rétablies pour n'avoir plus besoin de

la rente d'invalidité pendant un an, elle pourrait disposer des 3 fr. 15 nécessaires à l'entretien de ses hospitalisés. Ce calcul d'une société particulière montre donc que la Société, en général, aurait avantage à soigner ses malades avant qu'ils soient complètement invalides et incurables ; cela ne coûterait pas beaucoup plus cher qu'une journée d'hôpital ordinaire, qui est, en France, de 3 fr. 15.

On a une tendance à faire travailler un peu les malades les plus valides, pendant leur traitement ; cela présenterait le double avantage de diminuer les frais d'entretien et d'habituer peu à peu les malades à la vie qu'ils reprendront à leur sortie du sanatorium.

On peut recevoir tous les tuberculeux dans un sanatorium, parce que tous en retirent bénéfice, mais il ne rend son maximum d'effet utile que si les malades sont peu atteints. *Utile* à tous les tuberculeux, il est *nécessaire* à ceux qui sont dans les premières périodes de la maladie.

Enfin, insistons encore une fois sur l'importance des sanatoria dans la prophylaxie de la tuberculose, puisqu'ils sont en même temps des hôpitaux d'isolement et des écoles d'hygiène.

La Société a bien voulu me charger de présenter une analyse de ces travaux intéressants ; je lui demanderai, en retour, d'adresser à leur auteur un remercîment qui l'encouragera à persévérer dans l'œuvre utile à laquelle il se dévoue.

M. le Président remercie M. Guépin de son rapport intéressant et il propose, en remerciant M. le Dr Beauvallon de ses remarquables travaux, de l'inviter à poser sa candidature comme membre de notre Société.

M. Burel. **Rapport sur la communication de M. le Dr Albert Weil**, (candidat au titulariat). — Ceux d'entre vous qui assistaient à la dernière séance ont examiné avec attention le cas remarquable que nous a présenté M. le Dr Albert Weil, candidat au titulariat ; ils ont entendu également l'intéressante dissertation dont ce cas, plutôt rare en France, a fait l'objet.

Je me bornerai, Messieurs, à vous résumer en quelques mots cette savante étude sur l'éléphantiasis et serai très sobre de considérations personnelles, notre honorable confrère ayant étudié la question à fond, et n'ayant guère laissé de prise à la critique.

La malade présentée par M. Albert Weil est une femme de 57 ans, exerçant depuis quarante ans le métier de blanchisseuse : c'est assez dire qu'elle passe toutes ses journées debout. Ses antécédents héréditaires ou personnels ne nous apprennent rien de particulier relativement à la maladie actuellement existante. A 20 ans, elle voit ses jambes grossir, mais sans douleur ni poussée inflammatoire ; à 30 ans, un bourrelet très net déforme la cheville ; à 32, elle ne peut plus chausser que des pantoufles. La santé générale reste bonne. Dans ces dernières années, Mme B... a beaucoup grossi et ses jambes ont continué à s'œdématier de plus en plus. A l'heure actuelle, elle pèse 128 kilos. Les jambes donnent l'aspect du pantalon de zouave : un gros bourrelet qui va presque jusqu'au sol, forme un repli au niveau du cou-de-pied et dessine un sillon entre le pied et la cheville. Au-dessous du genou et de chaque côté, sillon très accentué qui est l'empreinte de la jarretière. Au-dessus de ce sillon, la peau est molle ; c'est que la cuisse est très peu œdématiée chez la malade et plutôt infiltrée de graisse comme chez toute femme obèse. Au-dessous, la peau est tendue, dure à la pression, et donne sur les jambes, la sensation de l'œdème. Les deux jambes, gauche et droite, ont, respectivement, 57 et 55 centimètres de circonférence au niveau inférieur du bourrelet. M. Albert Weil accuse la jarretière trop serrée ou des troubles dans la nutrition et voit un éléphantiasis d'origine névropathique.

Maintenant, de quelle nature est cette affection ? Est-ce bien de l'éléphantiasis ? Dans le Bulletin Officiel publié par la *France Médicale* du 18 juin, donnant le compte-rendu de notre dernière séance, je lis ce titre : *Étude sur un cas d'éléphantiasis chez une femme n'ayant jamais quitté la France* ; tandis que si je me reporte au manuscrit dont vous avez écouté la lecture, et que l'auteur a bien voulu me confier, je trouve comme titre du même travail : *Un cas d'œdème éléphantiasique des membres inférieurs*. Lequel des deux devrons nous conserver, ou, plutôt, quel est le meilleur ? Eh bien, Messieurs, si l'auteur a été embarrassé pour faire, son choix je vous avouerai franchement que je le serai autant que lui. La raison de cet embarras, M. Albert Weil nous la donne dans la première phrase de son travail : « sous le nom d'éléphantiasis, dit-il, on englobait au siècle dernier, des affections tout à fait distinctes. C'est ainsi que l'éléphantiasis des Grecs est absolument différent, comme nature et comme aspect, de l'éléphantiasis des Arabes décrit par Tchazès. « L'éléphantiasis des Grecs était la lèpre », nous dit M. Albert Weil, sans autre commentaire ; j'aurais préféré qu'il nous dit : « était une des formes de la lèpre ». En effet, les Grecs donnaient ce nom à la lèpre tuberculeuse, celle qui s'accompagne de nodosités qui, de rouges ou livides, prennent bientôt une teinte bronzée, s'accompagnant d'une altération profonde de la peau, laquelle devient épaisse, rugueuse, brunâtre comme celle de l'éléphant. Il est de toute évidence que les Galénistes ne pouvaient faire rentrer dans ce cadre la lèpre blanche, leur *leuké*, pas plus que la lèpre mutilante, dans laquelle les phalanges, puis les membres eux-mêmes tombent successivement, sans autre altération qu'un petit cercle rouge au niveau des articulations vouées à l'amputation spontanée. Par contre, il est certain que ces mêmes Grecs ont décrit sous le nom d'éléphantiasis bien des syphilides tuberculeuses ; au reste, la confusion existe encore de nos jours en Egypte, en Turquie et dans les îles de l'Archipel où l'on confond à chaque instant la lèpre et la syphilis : les travaux du Dr Zambaco-Pacha en font foi.

Tout autre est l'éléphantiasis des Arabes, caractérisé par une dermite fibreuse hypertrophique amenant l'épaississement non seulement du derme, mais encore du tissu cellulaire sous-cutané, et consécutive à des inflammations répétées des réseaux sanguins et surtout lymphatiques. C'est donc en réalité un syndrome qui peut résulter d'affections fort diverses, et que M. Brocq ramène à deux groupes : 1° états éléphantiasiques dépendant de la filariose, affection parasitaire ; 2° états éléphantiasiques consécutifs d'autres maladies.

M. Albert Weil nous a donné une étude fort consciencieuse de ces différents états pathologiques et de leur classification. Il propose de les diviser en 3 groupes : les éléphantiasis streptococciques, les congénitaux et les nerveux ou mécaniques. Je n'insisterai pas davantage sur cette partie très nourrie et fort documentée de son travail que vous avez entendue avec le plus grand intérêt. Notre distingué confrère, établissant un parallèle entre les deux espèces d'éléphantiasis, fait observer avec raison que, « s'il était utile de séparer des maladies aussi disparates, il était ma

, de leur donner le même nom générique. » Il aurait t-être pu, avec avantage, faire ressortir les raisons qui ient amené les Grecs de l'antiquité et les Arabes du yen âge à donner le même nom à deux genres d'affec- is entièrement dissemblables. On eût mieux saisi, à notre nble avis, les différences séparant ces deux sortes d'états hologiques et senti davantage la nécessité d'employer c réserve — sinon abandonner, — un nom capable de er de pareilles confusions. La confusion était fatale et se nprend tout de suite si l'on se reporte à une époque où hommes — les savants comme les autres, — dénom- ient les maladies d'après les symptômes extérieurs elles pouvaient présenter, en un mot, ne s'occupaient de l'état macroscopique des membres ou des organes ès. Les anciens Grecs observaient sur la peau de leurs lades des lésions lépreuses, syphilitiques, inflammatoires autres qui faisaient ressembler cette peau à celle de éphant, vite ils donnèrent le nom d'*éléphantiasis* à ce oupe d'états morbides, où, disons-le, la lèpre tuberculeuse minait. Pour la même raison, mais en se plaçant à un tre point de vue, les Arabes et Arabistes, observant des nbes monstrueuses, ressemblant à des pieds d'éléphant, pellent *éléphantiase* le symptôme visible sans se préoc- per de sa genèse. Par extension, le mot éléphantiase, venu synonyme de monstruosité, s'applique aux hyper- phies scrotales, mammaires et autres.

Or, quelle étiquette attacherons-nous au cas si intéressant e nous a présenté M. Albert Weil et qui fait rentrer dans n groupe des éléphantiasis nerveux ou mécaniques? Si us conservons le mot « éléphantiasis », nous n'évoque- ns aucune idée nette et bien tranchée, étant donné qu'il mporte deux définitions qui ne se ressemblent en rien. malade de notre confrère n'a pas la lèpre : le cas ren- erait donc dans le cadre des affections rangées sous le m d'éléphantiasis des Grecs, mais cela devient vague. Le ot « pseudo-éléphantiasis » l'est encore plus. L'expres- on « œdème-éléphantiasique » serait préférabie, mais le est incomplète, puisque la partie supérieure des jambes les cuisses sont envahies par le tissu adipeux. Il est donc us prudent de ne pas trop préciser et de rester dans les rmes généraux : aussi proposerons-nous — fort timide- ent — d'appeler ce cas « *hypertrophie éléphantiasique des embres inférieurs* », cette appellation ne préjugeant en en de la nature et de la diversité des lésions.

Notre honorable confrère nous pardonnera ces petites emarques de détails qui n'enlèvent rien au mérite très réel e sa communication : c'est un travail bien étudié et bien xposé. Il nous est intéressant de savoir que les applica- ions de courants continus ont donné à M. le Dr Albert Veil un résultat appréciable au bout de six séances. Nous spérons que notre confrère voudra bien nous reparler de a malade lorsqu'il aura obtenu une amélioration notable.

Telles sont, Messieurs, les quelques réflexions que m'a uggérées l'observation de la malade présentée à notre ernière séance par M. le Dr Albert Weil, candidat au ti- ulariat. Vous avez entendu la dissertation dont cette ma- ade a fait l'objet : vous avez donc pu juger comme moi u'elle émanait d'un travailleur et d'un praticien habitué à bserver des malades.

Si nous jetons un coup d'œil en arrière, — coup d'œil indiscret que notre confrère nous pardonnera — nous voyons M. Albert Weil conquérir, en 1892, le grade de li- encié ès sciences physiques, ce qui n'est pas le titre de tout le monde ; en 1893, nous le retrouvons préparateur adjoint des travaux physiologiques à la Faculté de méde- cine ; en 1894, interne à Saint-Lazare ; et, en 1895, docteur en médecine, avec une thèse ayant pour titre : *Le Courant continu en gynécologie*. Cet important travail est une étude très consciencieuse de l'application de l'électricité à la gy- nécologie ; notre distingué confrère, après une discussion très serrée des expériences de ses devanciers, a mis la question au point, en nous démontrant que, si le courant continu est admissible pour les métrites, surtout les mé- trites hémorrhagiques dans les vieilles périmétrites, les fibromes interstitiels, avec adhérences, les fibromes hé- morrhagiques, les fibromes mous, les fibromes inopé- rables, il est absolument contre-indiqué dans les suppura- tions des annexes, les états aigus, les cancers, les kystes ovariques, les endométrites fongueuses, les fibromes intra- péritonéaux et les fibromes kystiques.

Personnellement, j'ai pu voir M. Albert Weil à l'œuvre comme interne dans le service de M. le Dr Jullien ; formé par un maître que vous connaissez tous et qu'il suffit de désigner, M. Albert Weil ne peut être qu'une excellente recrue pour la Société de médecine de Paris : je vous pro- poserai donc, au nom de la Commission, de l'admettre dans nos rangs en qualité de membre titulaire.

Les conclusions favorables de notre confrère sont mises aux voix et adoptées. Le vote aura lieu à la prochaine séance.

A propos de ces cas d'éléphantiasis, M. Grasset cite un cas de polysarcie chez une de ses clientes, mais n'y a-t-il pas plutôt un sclérème?

M. Jullien insiste sur la difficulté du diagnostic dans le cas de M. Albert Weil et il émet le désir que la thérapeu- tique par la thyroïdine — la seule à laquelle on puisse penser dans le cas présent, — vienne aider à fixer le dia- gnostic de cette curieuse affection, éléphantiasis, œdème, obésité, myxœdème peut-être.

M. Fraignaud, à propos de la thyroïdine cite le cas d'une de ces clientes, soumise à ce traitement (2 cachets de thy- roïdine Vigier) à propos d'obésité. La perte est de 1 kilog. 1/2 à peu près chaque semaine.

M. Fraignaud pense l'inviter à de grandes précautions et jusqu'à présent il s'applaudit des effets.

M. Martha cite le cas beaucoup moins heureux de M. le professeur Strauss qui s'est intoxiqué très certainement par l'ingestion de thyroïdes fraîches et succomba avec des phénomènes de dyspnée et d'angine de poitrine.

M. Martin-Durr. Il faut aussi tenir compte des idiosyn- crasies. Tel, comme un de mes malades, ne peut supporter la moindre dose de ce redoutable agent, tel autre, comme une dame de ma clientèle, perd sans fatigues 10 kilogr.

M. Jullien. Si la question était un jour mise à l'ordre du jour, j'apporterais quelques faits, heureux pour la plupart, mais qui montrent l'action assez éphémère de la thyroïdine. Les sujets qu'elle a dégraissés reviennent vite à leur poids antérieur s'ils cessent son ingestion. J'ai de plus observé un cas de grave intoxication chez une dame qui, follement prit un matin 12 dragées de thyroïdine de la marque Bouty, alors que la dose de 2 n'est que rarement dépassée.

M. le Président est d'avis de mettre cette question à l'or- dre du jour des prochaines séances afin de nous prononcer sur l'opportunité de ce mode de thérapeutique.

M. Brossard : **Deux cas de diphtérie, réflexion sur l'application du sérum antidiphtéritique** (*sera publié*).

M. Grasset annonce deux cas qui ne concordent pas absolument avec l'opinion de M. Brossard qui pense qu'il ne faut pas toujours attendre le résultat de l'examen bactériologique pour commencer les injections de sérum antidiphtérique.

M. Brossard insiste sur l'importance de l'examen clinique auquel il donne le pas, dans certains cas, sur l'examen bactériologique.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire, Dr Mouzon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juin 1897. — Présidence de M. E. Delens.

Un cas d'entéropexie. — M. Périer fait un rapport sur une observation présentée par M. Villemin. Une jeune femme de 24 ans, ayant eu dans son enfance une péritonite tuberculeuse, fut atteinte de douleurs abdominales, vomissement et suppression des garde-robes. Au bout de 3 jours on fait la laparotomie. On trouve une symphyse de toutes les anses grêles tympanisées mais pas congestionnées. On les soulève et dans la région cœcale on trouve une anse dilatée en communication avec une portion rétrécie. En la tirant on fait disparaître la coudure et M. Villemin la suture à la paroi dans cette situation ; la coudure effacée, on referme le ventre et la guérison se fait rapidement.

Traitement des fractures de la rotule. — M. Poirier. Les rotules sont différentes suivant l'âge, le sexe etc., et elles varient du simple au double — quelques-unes présentent une infiltration calcaire du tendon du quadriceps. — Aussi ne me paraît-il pas qu'il doive y avoir un traitement unique des fractures de rotule, il doit varier suivant les rotules et suivant leurs lésions.

M. Lucas-Championnière. Le cerclage, que l'on m'a accusé de mépriser, peut et doit se faire dans certains cas où les fragments sont trop petits pour être pénétrés, et je l'ai fait moi-même. Mais il ne doit être qu'un cas particulier et non une méthode générale de traitement de la fracture qui est la suture par pénétration.

La suture doit être faite avec un fil non absorbable car c'est lui qui sert d'attelle et soutient la rotule, ce qui n'est pas réalisé par le cerclage.

Mastopexie. — M. Pousson. Une jeune femme atteinte d'hypertrophie mammaire souffrait du poids de ses seins qui ne pouvaient sans grande douleur être soutenus par le corset. Elle n'avait pas de tumeur. Mais les seins descendaient jusque sur les cuisses. Je taillai un croissant à concavité antérieure sur la face supérieure du sein, et emportai une large brèche, creusée jusqu'à l'épaisseur du grand pectoral. Puis je passai trois fils de catgut pour fixer le sein à l'aponévrose du grand pectoral et trois plans de suture, pour relever le sein.

Depuis ce temps, le malade n'a plus souffert et je pense que l'intervention que j'ai faite peut trouver son application dans nombre de cas de névralgies mammaires.

Les seins de mon opérée sont relevés et au point de vue esthétique sont certainement bien améliorés.

Traitement du cancer du rectum. — M. Richelot rappelle que A. Reverdin, de Genève, avait eu avant M. Quén le projet d'enlever le cancer du rectum haut placé.

M. Schwartz. Dans un premier fait un homme de 39 an déjà cachectique, était atteint de cancer du rectum aya envahi la prostate ; je lui fis un anus iliaque dix jours a paravant, puis lui pratiquai l'ablation de son cancer. Il e actuellement en bon état.

Dans le deuxième fait, il n'existait qu'une légère adh rence de la prostate, et j'ai pu enlever 12 centimètres rectum. Le malade a guéri.

Je considère la fermeture de l'anus et la séparation com plète de la cavité rectale comme un des éléments essen tiels de la guérison dans ces ablations élevées du rectum

M. Quénu. Si l'idée de M. Reverdin a précédé la mienn la publication de la mienne a précédé celle de la sienne c'est la publicité par la presse qui établit sans conteste priorité.

Cancer du rectum opéré. — Présentation du malade p M. Quénu.

Ecrasement du bras. Conservation du membre. Gu rison avec pseudarthrose. Suture osseuse des fragmen avivés sans succès. Nouvelle suture osseuse et greff de périoste de chien. Enchevillement par deux ch villes d'ivoire. Guérison et consolidation définitive, p MM. Riche et Soulicoux. — Présentation du malade p M. Tillaux.

M. Ricard. Il y a des pseudarthroses qui guérissent d'autres, quelque procédé que l'on emploie, qui ne gu rissent pas. Il y a là un je ne sais quoi, qui joue un rôl que nous ne connaissons pas.

M. Lucas-Championnière. Je partage absolument l'avis d M. Ricard.

Fracture de rotule. Suture par M. Lucas-Champion nière. Résultat tardif datant de six ans. — Présentatio du malade par M. Reynier.

Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval Perforation de l'intestin grêle à 12 cent. du duodénum sans symptomes. Epanchement de bile et matières fé cales. Laparotomie. Suture intestinale. Lavage du pé ritoine. — Présentation du malade par M. Guinard.

Appareil à stériliser les sondes. — Présentation d'ins trument par M. Villemin.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES

Séance du 19 mai 1897. — Présidence du Dr Gourichon

M. Thominet, président sortant, après avoir rappelé le principaux travaux communiqués à la Société pendan l'année scolaire écoulée, cède le fauteuil de la présidenc à M. Gourichon, président pour l'année 1897-98.

M. Gourichon remercie la Société de l'honneur qu'elle bien voulu lui faire et constate avec plaisir qu'un gran nombre de médecins inspecteurs ont répondu à l'appel d bureau. Il donne la parole à M. le Dr A.-J. Martin qui doi entretenir les médecins des écoles d'une question qui le intéresse au plus haut point.

M. A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissemen et de la salubrité de l'habitation, désire communiquer à l Société quelques réflexions sur « **la fermeture des Ecoles** »

La fermeture des écoles est une question intéressante et licate. En 1896, il y a eu 55 fermetures d'écoles, dont pour les garçons, 13 pour les filles, 37 pour les écoles aternelles. Depuis le commencement de l'année actuelle, est-à-dire depuis un peu plus de quatre mois, il y a déjà 30 fermetures. Il arrive parfois que, malgré les imprirés dont sont munis les directeurs et directrices, les écoles ient fermées sans qu'aucun signalement n'ait été adressé la direction. Il s'en suit que le service d'assainissement est prévenu que très tardivement. De là une certaine fficulté à prendre les mesures habituelles de désinfection pour l'inspecteur général à répondre aux questions qui i sont posées par l'Administration. Il faut donc trouver s moyens d'information plus rapides.

Il appartient au seul médecin inspecteur de décider si la rmeture d'une école est nécessaire. Il a pour diriger ses écisions un réglement préfectoral qui indique les cas dans squels une école doit être licenciée et qui montre ce lienciement comme une mesure tout à fait exceptionelle.

On sait combien les fermetures très fréquentes des écoles nt fâcheuses pour l'enseignement primaire de la ville de aris. Le Dr A.-J. Martin est heureux de se trouver au mieu de confrères très compétents et d'étudier avec eux les onditions pratiques qui arriveront à limiter un strict néessaire des mesures dont personne ne peut méconnaître le aractère d'utilité, mais qui parfois portent un grand préudice à la régularité des études.

Il faut en premier lieu aller vite. Un pas dans ce sens a té fait par l'Administration. Le préfet a décreté que le ervice d'assainissement recevrait directement les lettres 'avis qui lui sont adressées en franchise. En outre M. A.-J. Martin fait les propositions suivantes :

1° Obliger les Directeurs et Directrices à communiquer irectement et sans retard les cas de maladies contagieuses u médecin de l'École.

2° Munir les médecins inspecteurs de cartes-télégrammes ur lesquelles ils pourront sans perdre de temps aviser le ervice d'Inspection générale. M. A.-J. Martin sera très eureux de se mettre immédiatement en rapport avec le nédecin inspecteur qui aura décidé une fermeture d'École.

Les membres présents adoptent à l'unanimité les propoitions faites par M. l'Inspecteur général.

M. Mangenot dit qu'il a connaissance de quelques fermeures d'écoles qui ont été demandées sans avis préalable u médecin inspecteur. Il est intervenu et l'école n'a pas té fermée. Il engage tous ses collègues à user en pareil cas e tout leur droit.

M. Paul Richard estime que dans l'intérêt du service les nédecins inspecteurs des écoles doivent se mettre fréquemnent en rapport avec M. A.-J. Martin qui, outre sa compéence spéciale, a montré en maintes circonstances son désir le faciliter la tâche souvent difficile et parfois périlleuse, lu médecin d'école.

La séance est levée à 10 h. 3/4.

Le Secrétaire général : Dr Paul Richard.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Concours du prosectorat. — M. Gosset est nommé prosecteur.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 19 juin 1897, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les Drs Joffrion, Moreau, Garnier, Dupré, de Combes, Jalabert, Beylot, Vignes, Cazaentre, Chevallier, Bellin, Laffont, Legay, Faurichon-Mesplier, Silva, Massey, Fabre, Grivet, Branère, Astié, Farabeuf, Renon, Cazals, Favraud, Leissen, Dupont, Fleury, Auvray, Bert, Roger, Beaudonnet, Lafont, Pussacq, Gasne, Goguel, Dessort, Batsere, Baillo, Vigneron, Labatt de Lambert, Pauchet, de Perry, Ponsard, Poncet, Lacoste, Bourlier, Frey, Laurent, Henry, Levy, Jolis, Fournier, Brieu, Nimier, Dheur, Dumas, Combes, Bernes-Lasserre, Carrière, Morillon, Ousset, Barbadault, Olier, Grand, Daclin, Grange, David, Canceill, Koziell, Lochon, Guinet, Aime, Sirol, Vaquie, La Bonnardière, Crouzillac, Franchet, Chenal, Thouvenet, Bloch et Ribon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les Drs Rosemblith, Bailliot, Favre, Demange, Bernardbeig, Gonnon et Domine.

Corps de santé des Colonies. — Par décret, en date du 20 juin 1897, M. Lidin, médecin principal du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin-chef de deuxième classe, en remplacement de M. Reynaud, placé dans la position de non-activité pour infirmités temporaires.

— Par décret, en date du 23 juin 1897 : 1° M. Treille, médecin-inspecteur de première classe du corps de santé des colonies, a été admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à titre d'ancienneté de services et sur sa demande.

2° M. Kermorgant, médecin-inspecteur de deuxième classe du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin-inspecteur de première classe.

Société de chirurgie de Lyon. — Les chirurgiens des hôpitaux de Lyon, les professeurs et agrégés de chirurgie de la Faculté de cette ville, viennent de fonder la « Société de chirurgie de Lyon ». Le bureau, nommé à l'élection, est composé de : MM. Ollier, président; Fochier, vice-président; Vallas, secrétaire général; Aubert, trésorier-archiviste; Albertin et Rollet, sécrétaires annuels. — Les séances se tiendront deux fois par mois, le premier et le troisième jeudi.

Le monument de Duchenne. — Dimanche matin a eu lieu à la Salpétrière l'inauguration du monument élevé à Duchenne de Boulogne. Ce monument, œuvre gracieuse du statuaire Dessergnes et de l'architecte Debrie, se compose d'un médaillon de marbre retraçant les traits de Duchenne et d'un bas-relief en bronze montrant Duchenne examinant un malade.

Des discours ont été prononcés par MM. les professeurs Joffroy et Raymond; M. Lereboullet a lu le discours du professeur Mathias Duval, empêché. M. Motet, dont nos lecteurs se rappellent le bel éloge de Duchenne prononcé lors du centenaire de la Société de médecine de Paris, a fait encore un beau discours plein comme toujours de délicatesse et d'esprit. Enfin, M. Barthou, ministre de l'Intérieur, a fait un petit discours plein de tact et distribué la manne ministérielle sous la forme de quelques palmes académiques.

Socialisme d'état. — Le Conseil général de la Seine, dans sa séance du 25 juin, a émis le vœu suivant, sur la proposition de MM. André Lefèvre et Strauss.

« Les familles devront produire tous les deux mois un certificat médical constatant que l'enfant de 0 à 1 an est soigné conformément aux règles de l'hygiène.

« Ce certificat émanera, soit d'un médecin choisi par la famille, soit, si celle-ci en fait la demande, d'un médecin désigné par l'Administration, et dont les visites pourront être gratuites.

« Au cas où le certificat ne serait pas produit en temps voulu par la famille, l'autorité administrative pourra faire procéder d'office à la visite et à l'examen de l'enfant. »

C'est pousser un peu loin l'intervention de l'état dans les affaires de la famille. MM. Lefèvre et Strauss diront qu'il s'agit d'un intérêt général et que l'État a le droit de veiller à ce que les jeunes générations soient vigoureuses et bien portantes ; parfait, mais l'intérêt général exige aussi que les petits citoyens soient fabriqués dans de bonnes conditions. MM. Lefèvre et Strauss vont-ils demander la création d'inspecteurs chargés de s'assurer du fait ?

Ce serait un agréable débouché pour les médecins qui se plaignent de ne plus faire de clientèle.

La patente et les médecins des hopitaux qui découchent! — Suivant l'*Éclair* (8 juin 1897) un médecin, attaché à un de nos établissements hospitaliers les plus importants et les plus connus, a raconté le fait suivant, au moins piquant :

« Je suis médecin. J'exerce et j'habite rue..., numéro... Je n'ai pas d'autre domicile (c'est notoire) et je paye une forte patente. Or, l'Administration prétend avoir acquis (comment?) la preuve que je ne couche pas chez moi. En conséquence, elle m'a envoyé l'invitation de payer, pour le gîte irrégulier qu'elle me suppose, une somme de.. , pour patente et taxe mobilière. Elle fixe, naturellement, le chiffre de ladite somme d'après des évaluations fantaisistes. On me donne pour raison que les médecins doivent payer impôts et patentes, non seulement pour leur *domicile professionnel*, mais pour toutes les habitations annexes ou éloignées qu'ils peuvent avoir. J'ai voulu croire jusqu'au bout que la plaisanterie ne durerait pas ; mais l'huissier est venu l'autre jour à mon domicile réel pratiquer la saisie de mes meubles, qui seront vendus, si je ne paye... »

Qui se serait attendu à ce qu'il existât, chez les percepteurs, un registre consacré aux *contribuables qui découchent?* Et quel drôle de service de surveillance suppose une pareille comptabilité! *C'est véritablement insensé !* Dire qu'au XIXe siècle nous en somme là. C'est vraiment à désespérer de la race humaine! (*Progrès médical*). M. B.

Œuvre des hôpitaux marins pour le traitement des enfants rachitiques et scrofuleux (Reconnue d'utilité publique), 62, rue de Miromesnil. — L'Assemblée générale annuelle de l'OEuvre des Hôpitaux marins aura lieu dans les premiers jours du mois de juillet, sous la Présidence de Monsieur Georges Picot, de l'Institut de France.

Les besoins de l'OEuvre sont si grands, et l'intérêt de ceux auxquels elle vient en aide si dignes de la sollicitude de toutes les âmes charitables qu'émeut le triste sort des enfants malheureux et malades, que le Comité de l'OEuvre, en annonçant la clôture prochaine de la souscription ouverte en leur faveur, croit devoir rappeler à ceux qui n'ont pu souscrire encore que leurs offrandes devront être envoyées le plus tôt possible, soit au siège de l'OEuvre, 62, rue de Miromesnil, soit à Madame F. Guyon, présidente du Comité de l'OEuvre, qui adresse l'expression de sa reconnaissance à toutes les personnes qui ont répondu à sa prière avec le plus généreux élan.

Cours d'hygiène sociale : Professeur, le Dr A.-J. Martin. — La conférence pratique du dimanche 4 juillet sera consacrée à la visite des Catacombes, entrée sur la place Denfert-Rochereau, à neuf heures très précises du matin.

Les cours et les conférences sont publics.

Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. — Billets d'aller et retour de Paris *à Berne*, *via* Dijon, Pontarlier, les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement. — Prix : 1re cl., 101 fr. ; 2e cl., 75 fr. ; 3e cl., 50 fr.

Interlaken, *via* Dijon, Pontarlier, Les Verrières, Neuchâtel ou réciproquement. — Prix : 1re cl., 113 fr. ; 2e cl. 83 fr. ; 3e cl., 56 fr.

Zermatt (Mont-Rose), *via* Dijon, Pontarlier, Lausanne sans réciprocité. — Prix : 1re cl., 140 fr. ; 2e cl., 108 fr. ; 3e cl., 71 fr.

Valables 60 jours avec arrêts facultatifs, sur tout le parcours.

Trajet rapide de Paris à Interlaken en 15 heures, sans changement de voiture en 1re et 2e cl.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken, sont délivrés du 15 avril au 15 octobre. Ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre. Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Nécrologie. — Le Dr Maréchal (de Brest), médecin principal de la marine en retraite, ancien professeur aux écoles de médecine navale, décédé à l'âge de 64 ans. — Le Dr Choué, médecin-major de 1re classe. — Les Drs Minard et Moinel, médecins-major de 2e classe. — Le prof. Schutzenberger (Paul), membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au collège de France, directeur de l'école municipale de physique et de chimie, est décédé brusquement à Mezy (Seine-et-Oise), le 26 juin, à l'âge de 67 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de l'inflammation cérébrale aiguë, par A. Luyten, docteur en médecine. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. — Prix : 1 fr. 50.

Aide-mémoire de chirurgie militaire, *Maladies externes et traumatismes professionnels*, par le Dr A. Coustan, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires, lauréat de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et du ministère de la Guerre. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille. — Prix : 3 francs.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
Anémie, Diabète, Voies respiratoires
MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*